

Mann Ear Nose and Throat Clinic, PA

601 Keisler Drive
Suite 200
Cary, NC 27518
Phone: 919-859-4744
Fax: 919-859-5834

For office use only		
Chart # _____		
Dr Mann	Dr Spector	Dr Jones
Release	Release	Release
Y / N	Y / N	Y / N

Autorización para la Divulgación de Información de Salud

último	primero	AKA
DIRECCIÓN		
DOB:	TELÉFONO	TELÉFONO

I authorize:

<input type="checkbox"/>	Mann ENT
--------------------------	----------

O

<input type="checkbox"/>	Otras instalaciones
--------------------------	---------------------

Dar información a:

médico:	práctica:
dirección:	
teléfono:	Fax:

Please check the specific documents that apply to your requests

<input type="checkbox"/>	Estudios del Sueño	<input type="checkbox"/>	Las pruebas de alergia	<input type="checkbox"/>	Audiogramas (pruebas de audición)
<input type="checkbox"/>	Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/>	Resultados de radiología	<input type="checkbox"/>	Radiología CD
<input type="checkbox"/>	Informes Operativos	<input type="checkbox"/>	Visitas actuales (Office Notes)	<input type="checkbox"/>	Formas FMLA / Discapacidad
<input type="checkbox"/>	Técnicas Especiales	<input type="checkbox"/>	Registros de facturación del paciente	<input type="checkbox"/>	Todo el Registro
<input type="checkbox"/>	Otra información a incluir:				

Ponga comprobar junto a propósito de la solicitud

<input type="checkbox"/>	Segunda Opinión	<input type="checkbox"/>	seguro	<input type="checkbox"/>	Otros:
<input type="checkbox"/>	Abogado / Legal	<input type="checkbox"/>	Transferencia de Cuidado: Por favor, indique la razón.		

Por favor, marca la forma en que desea que sus registros enviados

<input type="checkbox"/>	Fax	<input type="checkbox"/>	Recoger	<input type="checkbox"/>	orreo
--------------------------	-----	--------------------------	---------	--------------------------	-------

Por favor, en cuenta: A menos restringido de otro modo anteriormente, esta autorización incluye el consentimiento para la publicación de alcohol, las drogas, la información psiquiátrica y psicológica; y toda la información relacionada con el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual, HIV Pruebas, AIDS, y cualquier AIDS- Síndromes relacionados. También incluye información sobre el cáncer, Pruebas de cáncer, y el cáncer de Resultados.

Entiendo que Mann ENT Clinic, P.A. Puede cobrar un precio por las copias de mis registros. También entiendo que puedo ser requerido a pagar la cuota en su totalidad antes de que pueda obtener la copia.

Entiendo que puedo revocar (en cualquier momento) esta autorización. Esta autorización expira en seis meses desde la fecha de la firma.

Derechos del Paciente

Entiendo que mi tratamiento no estará condicionada a la firma de esta autorización y que tengo el derecho de negarse a firmar esta autorización. *Entiendo que la información divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.*

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización mediante el envío de una notificación por escrito a la dirección arriba indicada y que una revocación no surtirá efecto si la información ya ha sido revelado, pero se hará efectiva en el futuro. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud protegida, como se describe en este documento.

Firma del Paciente / Tutor

Fecha